



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA**

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.  
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

**NOTA DE EMPENHO**  
**1ª VIA**

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
005006.2019	00304	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE Conta 02608  
 Desdobramento 4490520800 APARELHOS, EQUIP., UT. MÉDICOS-ODONTO. Conta 02609  
 Fonte de Recursos 00304 Alienação de Bens da Saúde

Credor 04114 SOS DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI  
 Endereço AV PORTUGAL 5201 ZONA I-A  
 CNPJ/CPF 28.289.799/0001-05 Fone 4420200822 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.08.19	18.09.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.320,64	57.606,20	1.036,50	56.569,70

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE CADEIRAS D BANHO PARA SEREM USADAS NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.036,50	1.036,50
			<i>Ampliado</i>	<i>6,00</i>

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00060639-1	VALOR LIQUIDO	1.030,50
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: <i>[Assinatura]</i> nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ <i>[Assinatura]</i> Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A) <i>[Assinatura]</i>
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil e trinta e seis reais e \*\*\*\*\* cinquenta centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ____/____/____.
----------------------------	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE CADEIRAS DE BANHO PARA HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
Elton de Lima Silva  
COREN-PR 385.661  
ENFERMEIRO

Assinatura do Requerente (CARIMBO)